



Teamsters Health & Welfare Fund

of Philadelphia and Vicinity

2500 MCCLELLAN AVE, SUITE 140 • PENNSAUKEN, NJ 08109 • (856) 382-2400
TOLL-FREE (800) 523-2846 • FAX (856) 382-2402 • www.teamsterfunds.com

Union Trustees
William T. Hamilton
Howard H. Wells
Robert "Rocky" Bryan, Jr.

Employer Trustees
Daniel Schmidt
William J. Einhorn
David Evans

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO HIPAA

Nombre del participante/Número de Seguro Social: se refiere a la persona cuya información se divulga.

Artículo 1. Enumere la información que se puede divulgar.
(Ejemplo: Toda la información relacionada con reclamaciones médicas/dentales/ofthalmológicas).

Artículo 3. Enumere a la(s) persona(s) que puede(n) recibir información.
(Ejemplo: madre, padre, nombre del bufete de abogados).

Artículo 4. Por favor, indique el propósito ("A petición mía" es suficiente).
(Ejemplo: Revisar la información de salud y facturación).

Artículo 6. Indique una fecha de vencimiento. El formulario HIPAA debe tener una fecha de vencimiento, pero no la tiene debe ser una fecha específica; Puede ser un evento relacionado con el individuo o el motivo de la forma.
(Ejemplo: Cuando el participante cancela la cobertura del plan).
(Ejemplo: Al final del litigio).

TENGA EN CUENTA:

- El formulario HIPAA debe completarse en su totalidad con toda la información necesaria proporcionada para que esté en vigor. Los formularios incompletos serán devueltos por terminación.
- Hijos menores de edad: los niños menores de 18 años tendrían el padre y/o tutor Complete el formulario en su totalidad.
- El formulario HIPAA es para uso individual.
(Ejemplo: Si desea tener formularios de divulgación para usted, su cónyuge y un hijo, se requerirían tres formularios HIPAA).

Si tiene alguna pregunta sobre lo anterior, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros en 1-800-523-2846 or 1-856-382-2400.

Para enviar sus formularios por fax, 1-856-382-2402 or 1-856-382-2401.

Correo electrónico: census@teamsterfunds.com

TEAMSTERS HEALTH & WELFARE FUND
Of Philadelphia and Vicinity

Autorización para divulgar información médica protegida
[Se debe usar una autorización separada si la autorización es para notas de psicoterapia.]

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
MM / DD / YR

Dirección: _____

Número de teléfono de la casa: _____ Correo electrónico: _____
Número de teléfono del trabajo: _____

Número de identificación del participante y/o número de seguro social: _____

Al firmar este formulario de autorización, autorizo a la(s) persona(s) y/o organización(es) descrita(s) a continuación a usar y/o divulgar mi información de salud (información que constituye información de salud protegida según se define en la Regla de Privacidad de las disposiciones de Simplificación Administrativa de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996) de la manera que se describe a continuación. Entiendo que no tengo ninguna obligación de firmar este formulario. He firmado este formulario voluntariamente para documentar mis deseos con respecto al uso y/o divulgación de la información de salud que se describe a continuación en la Sección 1 de este formulario.

1. Descripción de la información de salud que autorizo a usar o divulgar. Lo siguiente es una descripción específica de la información de salud que autorizo a que se use y/o divulgue: (Especifique y proporcione una descripción significativa.)

2. Autorizo al Fondo de Salud y Bienestar de los Teamsters de Filadelfia y Alrededores ("Fondo de Salud y Bienestar"), a usar y/o divulgar la información de salud descrita anteriormente en la Sección 1 de este formulario.

3. Personas/organizaciones autorizadas para recibir y/o usar mi información de salud. Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) y/u organización(es) (o clases de personas y/u organizaciones) a recibir mi información de salud de la(s) persona(s) y/u organización(es) descrita(s) en la Sección 2 anterior y a usar o divulgar dicha información para los fines enumerados a continuación en la Sección 4 de este formulario. Entiendo que si la(s) persona(s) y/u organización(es) que se enumera(n) a continuación no son proveedores de atención médica, planes de salud o centros de intercambio de información de atención médica sujetos a las normas federales de privacidad, es posible que la información de salud divulgada de conformidad con esta autorización ya no esté protegida por las normas federales de privacidad y dicha(s) persona(s) y/u organización(es) puede(n) volver a divulgar mi información de salud sin obtener mi autorización.

4. Descripción de cada propósito para el uso y/o divulgación solicitados. Autorizo que mi información de salud sea utilizada y/o divulgada para los siguientes propósitos específicos:

5. Sus derechos con respecto a esta autorización.

5.1 Derecho de revocación. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. También entiendo que mi revocación de esta autorización debe ser por escrito. Para obtener una copia de un formulario de revocación de autorización, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad del Fondo de Salud y Bienestar en 6981 N. Park Drive, Suite 400, Pennsauken, NJ 08109, (856) 382-2400. Soy consciente de que mi revocación no será efectiva en cuanto a los usos y/o divulgaciones de mi información de salud que la(s) persona(s) y/u organización(es) identificada(s) en las Secciones 2 y 3 de este formulario ya han hecho en virtud de esta autorización.

5.2 Derecho a recibir copia de esta autorización. Entiendo que si estoy de acuerdo firmar esta autorización, que no estoy obligado a hacer, se me debe proporcionar una copia firmada de la misma.

6. Vencimiento de la autorización. Esta autorización expirará un año después de la fecha firmada a continuación. Si desea que la autorización expire antes de que haya transcurrido el período de un año, indique esa fecha en el espacio provisto.

En ____ / ____ / ____ (La fecha debe ser inferior a un año a partir de la fecha de firma)
MM / DD / YR

Yo, _____ (Por favor, escriba el nombre en letra de molde), han tenido la oportunidad de revisar y comprender el contenido de este formulario. Al firmar este formulario, confirmo que refleja con precisión mis deseos.

Firma del participante

_____/_____/_____
Fecha

Si está firmado por un representante personal, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con el participante o naturaleza de la autoridad (p. ej., poder notarial para la atención médica, padre de un niño menor de 18 años, tutor, otra autorización legal): _____

Dirección: _____

Número de teléfono de la casa: _____ Correo electrónico: _____

Número de teléfono del trabajo: _____

Firma del Representante Personal

_____/_____/_____
Fecha